# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Paul COTILLON**

*Né à Bouillé-Loretz (Deux-Sèvres), le 30 Mars 1891*

# QUELQUES REMARQUES

SUR UN

# CAS DE PYOSALPINX

## ouvert spontanément dans la vessie

**Président : M. LEGUEU, Professeur**

ANGERS
IMPRIMERIE DU COMMERCE
3, Rue Saint-Maurille, 3

1920

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Le Doyen : M. ROGER**

| Professeurs | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | André BROCA. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | BESANÇON. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale | VAQUEZ. |
| Pathologie chirurgicale | GOSSET. |
| Anatomie pathologique | LETULLE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène | BERNARD. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | ACHARD.<br>WIDAL.<br>GILBERT.<br>CHAUFFARD. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | P. MARIE. |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>QUÉNU.<br>LEJARS.<br>HARTMANN. |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | BAR.<br>COUVELAIRE.<br>BRINDEAU. |
| Clinique gynécologique | J.L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile | BROCA. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |
| Clinique otho-rhino-laryngologique | SÉBILEAU. |

**Agrégés en exercice :**

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BRANCA | LABBÉ (Henri) | MOCQUOT | ROUVIÈRE |
| CAMUS | LAIGNEL-LAVASTINE | MULON | SCHWARTZ |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBÉCOURT | SICARD |
| CHAMPY | LECÈNE | OKINCZYC | TANON |
| CHEVASSU | LEMIERRE | OMBRÉDANNE | TERRIEN |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | TIFFENEAU |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETERRER | VILLARET |
| GRÉGOIRE | LEREBOULLET. | RIBIERRE | ZIMMERN |
| GUENIOT | LÉRI | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail en témoignage de la plus fidèle affection et de profonde reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir des bonnes années passées à l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

*En reconnaissance des fortes leçons et des grands exemples qu'ils nous ont donnés.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Respectueux remerciements.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique des Maladies des voies urinaires

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.*

# HISTORIQUE

L'ouverture dans la vessie de suppurations d'origine annexielle sans être fréquente s'observe néanmoins quelquefois.

En 1860, Fleetwood Churchill dans son *Traité pratique des Maladies des Femmes* écrivait : « Les abcès latéraux du pelvis s'ouvrent quelquefois dans la vessie », et à l'appui de son affirmation, l'auteur anglais donne les indications bibliographiques de plusieurs cas de ce genre mentionnés dans la littérature médicale de l'époque. Les ouvrages actuels de Gynécologie sont aussi brefs sur ce sujet qui nous occupe. Tous n'en parlent que pour en signaler la rareté. — Depuis 1860 cependant, de nombreuses observations d'abcès pelviens ouverts dans la vessie ont été publiées. Certaines d'entre elles, sont anciennes, beaucoup sont incomplètes, suffisantes toutefois pour montrer que l'ouverture spontanée de ces collections dans la cavité vésicale n'est pas une complication rare. — En 1890, Paul Delbet dans son magnifique *Traité des Suppurations pelviennes chez la femme,* rapporte de nombreuses observations de salpingites ouvertes spontanément dans la vessie. — En 1897, Perrimond, dans une thèse inspirée par Goullioud « *Des abcès pelviens ouverts spontanément dans la vessie* », analyse 57 cas. — En 1902, Fauverghe, sur les conseils de Dubar, fait sa thèse sur la « *Perforation spontanée des Pyosalpinx dans la vessie* ». — En 1900, Bazy, dans un article paru dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* étudie le traitement des abcès pelviens ouverts dans la vessie.— En 1905, dans les *Archives générales de médecine,* Charles Beutter rapporte l'observation d'un abcès pelvien ouvert dans la vessie. — En 1905, Gras, dans sa thèse inspirée par le professeur Legueu, fait une étude

complète des abcès pelviens ouverts dans la vessie. — En 1909, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirugie abdominale,* Violet et Chalier rapportent trois cas nouveaux d'ouverture spontanée de pyosalpinx tuberculeux. — En 1910, Müller et Petitjean, dans la *Gazette des Hôpitaux,* racontent l'histoire d'un pyosalpinx ouvert dans la vessie depuis dix ans. — Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie* écrit : « Le pus des salpingites peut plus rarement que dans le rectum se frayer un chemin direct dans le vagin, dans la vessie ou dans l'urèthre. » Forgue et Massabuau écrivent à ce propos : « La rupture dans la vessie ne se traduit souvent que par l'apparition de pus dans l'urine. » Labadie-Lagrave et Legueu donnent en ce qui concerne l'ouverture spontanée des collections pelviennes, la liste suivante par ordre décroissant : d'abord, l'intestin, puis le péritoine, le vagin, la vessie et la paroi abdominale et l'utérus. Le professeur Legueu dans son admirable *Traité d'Urologie,* consacre un chapitre aux collections pelviennes suppurées ouvertes dans la vessie. Pendant notre séjour, comme interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service du docteur Brin, nous avons eu l'occasion d'examiner un cas de ce genre. — En étudier les causes, les caractères cliniques, les manifestations pathologiques, l'évolution et le traitement, tel sera le but de ce modeste travail qui doit couronner nos études médicales si longtemps interrompues par la guerre.

# ÉTIOLOGIE

Etant donné la grande fréquence des salpingites, la perforation de la trompe elle-même dans la vessie est une complication relativement rare. Beaucoup d'auteurs, avec Pozzi, pensent que les pyosalpinx ne s'ouvrent que très rarement dans la vessie, et ce dernier discutant l'observation de Reverdin, pense que la « lésion peut être le résultat d'une perforation produite par le trocart et non d'une ouverture spontanée ». Pour M. Delbet, les pyosalpinx ouverts dans la vessie seraient rares. Il n'en connaît que trois cas, le premier cité par Terrillon, le second de Reverdin, le troisième lui est personnel. La raison est simple, les trompes malades tombent de préférence dans le cul de sac de Douglas; c'est surtout avec le rectum qu'elles contractent des adhérences, c'est surtout dans ce viscère qu'elles ont tendance à s'ouvrir spontanément. Voici d'après les observations de Delbet, la fréquence de ces ouvertures : sur 958 cas, il y a 12,22 % de perforations rectales, 5,22 % vésicales, 4,59 % vaginales et 3,22 % cutanées. Funke, dans un ouvrage paru en 1899, p. 260, donne une idée de la fréquence relative de ces diverses complications, puisqu'il a observé pour deux ouvertures dans la vessie, 12 cas de fistules tubo-intestinales. Labadie-Lagrave et Legueu donnent en ce qui concerne l'ouverture spontanée des collections pelviennes la liste suivante par ordre décroissant : d'abord l'intestin, puis le péritoine, le vagin, la vessie et en dernier lieu la paroi abdominale et l'utérus.

Que la fréquence relative des espèces de fistules indiquées dans la statistique de Delbet soit telle, cela s'explique facilement : la situation habituelle des organes pelviens, les rapports différents qu'ils présentent avec les organes voisins, ainsi que la tendance naturelle

du pus à se faire jour vers les parties les plus déclives, nous font penser que les perforations rectales doivent se produire bien plus souvent que les perforations vésicales; mais, pour les mêmes raisons, nous estimons que la vessie est aussi exposée que le vagin aux ouvertures spontanées et elle l'est à coup sûr bien plus que les surfaces cutanées.

On est en droit de se demander si, de nos jours, ces ouvertures spontanées sont en nombre aussi élevé qu'elles l'étaient autrefois. Toutes les observations d'abcès pelviens n'ont pas été publiées, et celles qui ont été reproduites sont de date déjà ancienne. Il est certain que les affections inflammatoires des organes génitaux de la femme, une fois diagnostiquées, sont habituellement traitées avant que la suppuration se soit produite. De même qu'actuellement, les malades n'attendent pas que les fibromes et les kystes de l'ovaire aient atteint des dimensions énormes pour venir consulter leur médecin, de même, ces mêmes malades demandent bien plus vite conseil lorsqu'elles souffrent au niveau de leurs annexes. Actuellement, on a foi dans la Gynécologie et en particulier dans la Gynécologie française, dont le professeur Faure rappelait si brillamment le rôle dans son admirable leçon d'ouverture à la Faculté, le 18 novembre 1919.

Comment expliquer cette fréquence relative de l'ouverture dans la vessie des pyosalpinx. La présence de l'utérus et de ses annexes dans le petit bassin, écrit Perrimond, les grands actes dont ils sont le siège, les inflammations si fréquentes qui les atteignent, placent la vessie dans des conditions particulières et l'on conçoit qu'elle ait fréquemment à souffrir d'un voisinage parfois si dangereux.— De fait, les suppurations pelviennes d'origine génitale sont plus souvent qu'on ne l'a dit, la cause de fistules vésicales.

A quel âge se fait cette perforation ? Les malades sont habituellement jeunes de 20 à 30 ans, c'est-à-dire à la période d'activité sexuelle. Si l'on veut chercher la cause de cette perforation, on ne trouve pas de cause déterminante; dans aucune observation on ne

signale de chute ou de traumatisme quelconque. D'ailleurs, un traumatisme quelconque amènerait plutôt une rupture du côté de la séreuse péritonéale. Nous verrons, d'ailleurs, que les adhérences qui existent sont le fait d'une évolution lente, elles ont souvent mis des mois à se constituer.

En résumé, on peut dire qu'au point de vue étiologique, la fistule tubo-intestinale a pour caractère d'être spontanée.

Pour comprendre comment un pyosalpinx peut s'ouvrir dans la vessie, il nous paraît utile de rappeler sommairement les rapports anatomiques de la vessie avec la trompe de Fallope à l'état normal et à l'état pathologique.

### *I. — Rapports normaux de la vessie et des trompes*

A l'état de vacuité, le corps de la vessie est contenu tout entier dans la cavité pelvienne où il se cache derrière le pubis. Il n'a guère dans ces conditions, de rapports avec les annexes de l'utérus; tout au plus, dans la station debout, l'utérus basculant très légèrement en avant et devenant presque horizontal, la corne utérine et l'isthme de la trompe peuvent reposer sur la face antérieure de la vessie.

A l'état de réplétion, la vessie prend la forme d'une masse ovoïde qui refoule l'utérus vers le sacrum, soulève les anses intestinales et sortant du bassin, devient organe abdominal par son extrémité supérieure. L'élargissement, dû à la distension, accroît dans une certaine mesure les rapports de la face postérieure de la vessie avec la partie antérieure des trompes.

### *II. — Rapports de la vessie et des trompes dans les cas pathologiques.*

Nous envisagerons ici les rapports de la vessie avec les trompes distendues par le pus, c'est-à-dire le pyosalpinx ou la salpingite kystique. On sait qu'en pareil cas, la trompe dont les deux orifices sont obstrués, peut atteindre un degré de dilatation considérable. Dans

un cas cité par Dragon à la Société anatomique en 1888, la tumeur atteignait le volume d'une tête de fœtus et contenait environ 1.200 grammes de pus. De pareilles dimensions sont exceptionnelles, mais il n'est pas rare d'observer des salpingites kystiques atteignant la grosseur d'un œuf d'oie ou le volume du poing. Récemment nous avons vu le docteur Brin opérer une malade dont les annexes étaient un peu plus grosses que le poing. L'augmentation de volume de l'organe permet à la trompe d'être en rapport avec la vessie par une surface plus étendue. L'existence presque constante d'adhérences périsalpingiennes mérite aussi d'être considérée, puisque celles-ci rendent plus étroits et surtout plus fixes les rapports de la trompe avec les organes environnants.

Dans des cas, peu fréquents il est vrai, on peut voir la trompe distendue appliquée contre la paroi abdominale antérieure et par conséquent adhérente au péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie. Mais le plus souvent, la trompe est entraînée vers le point le plus déclive de l'excavation pelvienne, c'est-à-dire dans le cul de sac de Douglas et ainsi s'explique la rareté des fistules salpingo-vésicales comparativement à la fréquence des fistules salpingo-intestinales et surtout salpingo-rectales.

Les adhérences et les produits inflammatoires qui recouvrent la trompe ont encore un autre rôle. On sait que dans les dilatations des trompes par du pus ou tout autre liquide, l'augmentation de volume est plus marquée dans la portion externe de l'organe dont les parois sont plus minces ; au contraire dans la partie interne, celle qui précisément est en rapport avec la vessie, l'épaisseur des parois est un obstacle à la distension. Mais d'une façon presque constante, les adhérences, le ligament salpingo-ovarique bride la trompe, en sorte que sa partie externe dilatée se recourbe vers l'utérus et devient en rapport avec la vessie.

# SYMPTOMATOLOGIE

Les circonstances dans lesquelles se produit la perforation vésicale sont très variables et peuvent donner lieu aux complexus symptomatiques les plus différents.

La perforation d'une salpingite purulente dans la vessie peut être précédée de prodromes plus ou moins accentués suivant les cas : soit qu'il s'agisse d'une collection purulente d'ancienne date évoluant chez une malade déjà affaiblie, soit qu'il s'agisse d'une suppuration aiguë et récente de la trompe chez une malade dont l'état général n'a subi aucune altération. Ces phénomènes prodromiques consistent en douleurs plus ou moins vives siégeant à la partie inférieures de l'abdomen au voisinage de la vessie, accompagnées de sensation de pesanteur et de ténesme. Dans le cas rapporté par Müller et Petitjean, l'affection durait depuis quelques semaines lorsque la malade ressent des douleurs abdominales violentes avec irradiations diverses; dans notre observation, la malade éprouve, avant la perforation des douleurs comme elle n'en avait jamais ressenti. Ces crises s'accompagnent quelquefois de vomissements, de diarrhée, de ténesme vésical et d'envie plus fréquente d'uriner, sans qu'il existe encore, d'ailleurs, de pus dans les urines. Le plus souvent, ces prodromes font défaut. « Après un court orage fébrile et prémonitoire, dit Pozzi, le pus s'évacue brusquement amenant un soulagement remarquable et instantané; la malade, qui paraissait parfois à toute extrémité, renaît à la vie, elle se rétablit plus ou moins en apparence jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée l'abatte de nouveau. »

Comment se fait cette perforation vésicale ? Elle peut se faire d'une façon brutale ou d'une façon insidieuse. Brusquement la malade se

met à pisser du pus et les crises douloureuses cessent comme par enchantement. Tout d'un coup, une douleur plus violente se produit suivie immédiatement d'un besoin impérieux d'uriner et la malade évacue une quantité de pus, le plus souvent considérable, une « chope », quelquefois un litre. Après cette évacuation, tous les symptômes bruyants se sont amendés, la fièvre est tombée. Si l'on a pu suivre et examiner la malade à ce moment, on observe alors par le toucher et le palper combinés que la collection pelvienne constatée les jours précédents s'est modifiée d'une façon considérable dans sa forme et dans son volume. Il peut se produire, en même temps, une hémorragie vésicale. Les hémorragies qui accompagnent la perforation sont ordinairement insignifiantes, exceptionnellement elles peuvent être importantes, témoin l'observation de Duncan, qui entraîna la mort.

Comment se fait l'irruption du pus dans la vessie ? La pyurie, d'ordinaire, n'est pas constante, elle dure quelques jours, parfois quelques heures à peine, puis elle diminue et cesse même complètement. En examinant régulièrement les urines de notre malade, nous avons pu nous rendre compte de l'intensité plus ou moins grande de cette pyurie. Ces intermittences de pyurie qui correspondent à des alternatives d'évacuation et de réplétion seraient, d'après Terrillon, l'indice d'une collection de la trompe. La pyurie peut durer quelquefois très longtemps, témoin les cas de Legueu, de Campenon, rapportés par Gras. Bernutz rapporte une belle observation de pyurie de longue durée. La malade dont il s'agit évacua du pus par sa vessie pendant une dizaine d'années, mais avec des intermittences très variables; elle put, à diverses reprises, reprendre son travail et elle eut, pendant ce temps, trois grossesses toujours terminées par une fausse couche à trois mois. Ce n'est qu'au bout de dix ans que la santé générale s'altère et la malade mourut de pyélonéphrite. La malade de Müller et Petitjean urina du pus pendant dix ans.

L'évacuation de la poche purulente peut n'être pas complète. Après

une accalmie, des phénomènes se montrent indiquant que la collection s'est reformée. La malade devra alors faire les frais d'une nouvelle perforation et cette perforation se fera encore, soit dans la vessie, soit dans une cavité voisine, à moins que l'on n'intervienne à temps ou qu'une complication n'entraîne rapidement la terminaison fatale.

En somme, certaines malades supportent admirablement bien leurs fistules, elles ont remarqué par hasard la pyurie, pyurie qui est continue et qui cesse parfois pendant un laps de temps plus ou moins grand. En tout cas, elles n'ont ni fièvre ni douleur. Aucun trouble, en un mot, sauf l'ennui d'avoir des urines purulentes.

Parfois, les fistules tubo-vésicales ne présentent pas toujours cette marche lente et bénigne en apparence. Les accès revêtent un caractère de septicité extrême. Les douleurs sont très vives, la malade a des frissons violents et répétés, des vomissements abondants, il y a du délire et l'altération des traits est profonde. La température atteint ou même dépasse 40°; le pouls est petit, filiforme, très rapide (120-140 pulsations), on pourrait presque penser à des accidents péritonéaux. Mais, brusquement, le pus s'évacue par la vessie et tous les symptômes s'amendent, seulement le soulagement n'est pas complet comme dans les cas précédents; bien que l'évacuation du pus ait été souvent fort abondante, la malade ne parvient pas à se rétablir et la fièvre ne cède jamais tout à fait. Les signes physiques de l'abcès pelvien persistent, la pyurie est peu accentuée, mais intarissable. « La malade, dit Pozzi, demeure affaiblie, elle est en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise. Une anorexie invincible est un des caractères frappants de cet état; il est des femmes qui ne peuvent plus supporter aucun aliment, qui les vomissent tous et qui meurent littéralement d'inanition. »

A côté de ce mode ordinaire bruyant et douloureux de la perforation vésicale par le pus salpigien, il en est une autre plus rare où la fistulisation tubo-vésicale se fait presque sans douleur, sans que

la malade en soit avertie, l'apparition de pus dans les urines contient alors le premier symptôme, ce n'est que lorsque l'on voit le pus dans l'urine que l'on peut dire que la fistulisation s'est produite. Pauthel rapporte une observation de ce genre. C'est souvent par hasard et lorsque depuis longtemps déjà la santé générale est ébranlée que l'on s'aperçoit du pus dans les urines.

Quel que soit le mode de début de la pyurie, celle-ci est d'emblée à son maximum. La malade commence par évacuer du pus presque pur en quantité variable. Dans les jours qui suivent, l'épaisseur et la purulence des urines diminuent. Au bout de quelques semaines, l'urine conserve seulement un aspect louche et trouble qui peut, d'ailleurs, persister longtemps avant de faire place à une limpidité parfaite. La mort peut survenir après un temps variable et dans des conditions diverses. La péritonite, l'infection généralisée, l'affaiblissement progressif, l'infection rénale sont les modes de terminaison les plus fréquents.

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a généralement une très grande difficulté au cours d'une intervention ou même au cours d'une autopsie à se rendre compte de la disposition anatomique qui constitue la fistule tubo-vésicale.

Ordinairement le pus de la collection est crêmeux, bien lié, inodore, louable, quelquefois granuleux, chargé de flocons blanchâtres, rarement mêlé de gaz, ces gaz peuvent être formés par des microbes ou provenir du tube digestif. La cavité peut être unique, anfractueuse et présenter des diverticules.

Le péritoine est rarement sain, il présente des lésions de péritonite adhésive portant sur l'épiploon et les anses intestinales. Dans les trois observations rapportées par Violet et Chalier, le péritoine était épaissi et adhérent, les anses agglutinées entre elles au-dessus des organes du petit bassin, les annexes volumineuses, adhérentes à l'utérus, à l'S iliaque, à l'intestin grêle, à l'épiploon et au péritoine pariétal.

L'orifice de communication est généralement unique, dans une seule observation sur les quatre-vingt-cinq citées par Gras, il y avait deux orifices rapprochés l'un de l'autre. Il siège généralement à la face postérieure de la vessie, et plus haut que l'ouverture des uretères. Il faut admettre que cet orifice n'est pas toujours facile à reconnaître; dans notre cas, il fut impossible de le trouver au cours de l'opération, malgré une injection poussée dans la vessie après l'ablation de l'utérus et des masses annexielles. Müller eut la même difficulté et, pour l'expliquer, il prétend que sa malade, ayant évacué sa collection tubaire depuis déjà huit à dix jours, le trajet fistuleux s'était refermé et s'opposait à l'issue du liquide vésical. Même au cours de l'autopsie qui eut lieu lieu deux mois après, il constata une

perte de substance de la paroi vésicale grosse comme une lentille à bords amincis et cicatriciels, mais pas de trace de trajet fistuleux proprement dit, ce qui tient vraisemblablement au fait que le trajet fistuleux s'était cicatrisé spontanément après l'ablation des annexes gauches dont son existence dépendait.

Très grande variation pour les dimensions de la perforation. Tantôt à peine perceptible, il n'est pas rare qu'il corresponde à la taille d'une pièce de cinquante centimes. Les bords sont tantôt irréguliers, tantôt découpés à l'emporte-pièce, comme dans le cas de Pollosson. « Sur la paroi latérale gauche siégeait un orifice arrondi, régulier, comme taillé à l'emporte-pièce, le doigt pénètre aisément à travers cet orifice ». Parfois, ses bords portent des bourgeons charnus assez exubérants pour simuler une tumeur de la vessie, comme dans le cas de Kœnig, où un abcès s'était ouvert dans la vessie et celle-ci était remplie par une masse de couleur noirâtre, de consistance gélatineuse qui se continuait dans la cavité de l'abcès à travers l'orifice de perforation.

Y a-t-il toujours communication directe entre la vessie et la cavité tuberculeuse de la trompe ou de l'ovaire. Tantôt la trompe adhère fortement en avant avec la vessie; la séparation des deux organes ne peut être réalisée qu'en déchirant la poche et en ouvrant ainsi un abcès intra-tubaire en communication avec la vessie. Tantôt, au contraire, à côté des lésions bacillaires annexes, on constate surtout des phénomènes de pelvi-péritonite tuberculeuse caractérisés par l'épaississement du péritoine pelvien et la formation de loges ou logettes renfermant de la matière caséeuse ou même du liquide purulent mal lié. La perforation se produit alors au niveau d'une de ces collections intra-péritonéales d'origine annexielle : la communication n'est plus tubo-vésicale, mais péritonéo-vésicale. C'est pourquoi elle peut passer plus facilement inaperçue au cours même de l'intervention.

Quelle est la nature de ces abcès ? Pour Violet et Chalier, ce sont des abcès tuberculeux, notre cas est absolument superposable. Dans

les trois cas que rapportent ces auteurs, la nature tuberculeuse des lésions annexielles n'apparaissait pas à première vue, comme il est d'ailleurs de règle en pareil cas et ce fut seulement à l'examen macroscopique que l'on put penser à la tuberculose. Toutefois, dans un cas, le dôme vésical était presque dépourvu en totalité de son péritoine et présentait en deux points, larges chacun comme une pièce de cinq francs, une surface couverte de granulations et de fongosités. Dans une autre observation, les lèvres mêmes de la perforation vésicale constituaient la région où les lésions tuberculeuses atteignaient leur maximum. La perforation était, en effet, le centre d'un véritable cratère surmonté d'ulcérations semi-lunaires à fond grisâtre et entouré par des bourgeons de couleur chair d'huître. Par contre, l'intérieur de la vessie qui put facilement être explorée par cette large brèche présentait une surface lisse et régulière, indemne de toute granulation et de toute ulcération. Dans l'observation citée, l'envahissement tuberculeux contrôlé par le microscope a été secondaire à la tuberculose annexielle, il s'est effectué de dehors en dedans, du péritoine vers la muqueuse. Ceci cadre bien avec les expériences faites par Cuturi dans le laboratoire de l'Université de Catane. Cuturi a étudié sur des lapins la voie de transmission des bacilles, depuis les trompes, préalablement rendues tuberculeuses, jusqu'à la vessie, la vessie ayant été irritée et congestionnée du fait d'injections de cantharidine (1 cm. c. de solution à 1 p. 1000) pratiquées une fois par jour. Les trompes avaient été tuberculisées par laparatomie afin de ne pas inoculer la voie uréthrale par le vagin. Voici comment il procédait : après incision de la paroi de l'abdomen, il injectait dans la lumière des trompes, au moyen d'une aiguille mousse, 1 c.c. de culture glycérinée de tuberculose bovine puis suturait et pansait. Cuturi a renouvelé dix fois l'expérience. Trois lapins sont morts dans un délai de quatre à sept jours, deux avec la vessie saine, le troisième présentant une plaque de cystite et l'examen bactériologique ayant montré de rares bacilles de Koch. Les sept autres

lapins ont été sacrifiés au bout de délais variant de quinze jours à six semaines. Chez les sept, l'examen bactériologique et la culture de l'urine avaient été positifs : à l'examen nécropsique, on constata dans les sept cas des lésions tuberculeuses. Cuturi conclut qu'il existe une infection tuberculeuse de la vessie provenant par propagation de salpingites tuberculeuses et que la vessie s'infecte à travers ses parois de l'extérieur à l'intérieur. Les lésions tuberculeuses les plus avancées se sont, en effet, toujours trouvées au cours de ces expériences sur la séreuse, tandis qu'elles n'existaient qu'à un moindre degré sur la musculeuse et la muqueuse.

Les organes du petit bassin sont déviés de leur position normale et ce bouleversement des rapports anatomiques complique singulièrement les interventions chirurgicales. L'utérus est, soit refoulé par la trompe suppurée qui bombe plus ou moins dans les culs de sac du vagin, soit attiré de son côté par les adhérences au cas où la trompe est de petite dimension et surtout quand elle est vidée de son contenu.

La vessie peut ne plus occuper sa place médiane, elle est refoulée à droite ou à gauche, comprimée par la tumeur, tiraillée par des adhérences. Elle est généralement diminuée de volume, retractée sur elle-même, elle peut même ne contenir qu' « un œuf de poule ». On peut constater de la pericystite, de la cystite interstitielle, muqueuse. Souvent la vessie résiste à l'injection, car suivant la parole autorisée du Professeur Guyon : « L'inflammation de la vessie ne figure pas parmi les phénomènes précoces, et surtout elle évolue lentement, elle n'est, pendant longtemps, que peu accentuée; elle se modifie très facilement par de simples lavages à l'acide borique, la fièvre se montre rarement. J'ai longtemps suivi et je suis encore des malades qui n'ont pas ou qui ont peu de troubles de la miction. Ils ne les éprouvent que passagèrement ; ils n'ont pas d'accidents généraux. J'ai surtout constaté cette discrétion des symptômes chez les femmes, mais je l'observe aussi chez les hommes dont je vois la santé vésicale et la santé générale se maintenir grâce aux lavages. On pourrait cependant

*a priori* supposer que ces contacts si anormaux influencent rapidement et très vivement la muqueuse de la vessie, on en a plus encore le droit depuis qu'on sait que le *Bacterium coli* qui entre ainsi par voie discrète et en abondance dans la vessie, est le micro-organisme qui exerce une action prédominante dans tous les accidents locaux et généraux de l'infection urinaire. Les choses ne se passent pas ainsi ; malgré leur vraisemblance, ces prévisions ne se réalisent pas. » Cette tolérance de la vessie explique que dans certaines observations de pyurie interminable, les femmes aient attendu dix ans pour manifester des signes de pyélite ascendante.

Faut-il croire Saxtorph et dire que la tuberculose vésicale de la femme, toujours secondaire, serait souvent consécutive à une tuberculose annexielle par simple propagation de voisinage. Loin de contester cette tuberculisation secondaire de la vessie d'origine génitale, puisque l'on en voit un cas très net dans une observation de Chalier, nous ne la croyons cependant pas aussi fréquente que le voudrait Saxtorph, et nous pensons avec les classiques, que la tuberculose de la vessie chez la femme est le plus souvent descendante consécutive à une lésion rénale.

# DIAGNOSTIC

Si les suppurations pelviennes ont le plus souvent pour point de départ une infection des organes génitaux, il ne faut pas oublier que dans la pathologie de ces affections on doit faire entrer en ligne de compte d'autres facteurs moins importants peut-être, mais réels cependant, ce sont : l'appendicite, le kyste dermoïde du ligament large, le kyste hydatique suppuré pelvien, la grossesse extra utérine, et l'hématocèle.

La mobilité de l'appendice, sa grande longueur, sa situation pelvienne souvent constatée, expliquent cette relation de quelques appendicites suppurées avec le réservoir vésical. « L'appendice, dit Jonnesco, peut toucher et même adhérer par son extrémité libre au colon pelvien, au cœcum à la vessie, à l'utérus, à l'ovaire, à la trompe, au ligament large. Il faut absolument méconnaître l'extrême variabilité du siège de l'appendice pour chercher comme on l'a fait un point précis de la paroi antérieure abdominale auquel répondait l'organe (Point de Mac Burney). D'après une statistique que nous trouvons dans la thèse d'Appuhn (Nancy 1902) et qui porterait sur mille deux cents autopsies. Vingt-six fois sur cent, l'appendice aurait une situation pelvienne. Nous nous rappelons également que lors de laparotomies faites à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous avons eu maintes fois l'occasion de constater la situation basse de l'appendice, témoin de nombreux cas d'appendicite herniaire. Aussi l'appendicite pelvienne, les relations réciproques de l'appendicite et de l'annexité, les complications vésicales de l'appendicite, les fistules appendiculo-vésicales ont-elles inspiré de nombreux travaux. Un grand nombre d'auteurs parmi lesquels Legueu, Brin, Routier, Tuffier, Malinowsky,

se sont intéressés à cette question. Les thèses de Wladoff (Lyon 1898), Damien Masson (Paris 1898), Pascal (Paris 1900), Chevalier (Paris 1900), Chapron (Paris 1901), Cotar (Paris 1901), l'envisagent successivement sur toutes ses faces. J'imagine, dit Abrahams, que plus d'une femme recèle dans son ventre un appendice malade alors qu'on la traite pour une salpingité, une ovarite, ou une douzaine d'autres ites ». Gras, dans sa thèse, rapporte six observations d'abcès appendiculaires ouverts dans la vessie, l'une n° 64, fut même mortelle par hématurie et simulait un néoplasme, une autre fut prise pour une annexite opérée et guérie. En 1905, Person a pu réunir trente-trois cas de fistules appendiculo-vésicales.

De même les kystes dermoïdes suppurés peuvent évoluer vers le réservoir vésical. Rare, d'après certains auteurs, l'ouverture spontanée dans la vessie des kystes dermoïdes serait au contraire pour d'autres assez fréquente. Aussi Hermann et Barnes pensent que certains abcès pelviens sont des kystes dermoïdes sans qu'on s'en doute. Puisque ces kystes sont en connexion intime avec le tissu cellulaire pelvien, les mêmes causes qui président aux développements de l'abcès pelvien ne provoquent-elles pas en effet la suppuration de ces collections ? Les faits le montrent surabondamment. Sur quarante cas de kystes dermoïdes suppurés, d'après M. Delbet, huit fois l'inflammation a été consécutive à un accouchement, cinq fois à des ponctions et deux de ces dernières avaient été faites pour diminuer la tumeur qui faisait obstacle au passage du fœtus. Les mêmes observateurs montrent encore que l'ouverture spontanée de ces kystes une fois suppurés n'est pas rare, et c'est dans la vessie qu'elle se fait le plus souvent. Sur trente-deux kystes spontanément ouverts, toujours d'après M. Delbet, seize se sont faits par cette voie, six se sont ouverts dans l'intestin, trois dans le vagin, quatre dans le péritoine. Le même auteur a recueilli en outre trois cas de kystes ouverts à la paroi abdominale. Une fois sur deux, l'ouverture spontanée se fait dans la vessie. En 1827, Delpech, dans la *Revue Médi-*

*cale,* rapporte une observation de pilo-miction reconnaissant pour cause un kyste fileux faisant saillie dans la cavité vésicale. Cette femme, prise de douleurs vives dans la vessie, éprouve de fréquentes envies d'uriner, et rend avec les urines des poils dont plusieurs sont chargés des concrétions salines. Le mari extrait avec réussite au moyen d'un crochet introduit dans l'urèthre, des poils. Après plusieurs interventions, Delpech explore la vessie et en retire un corps gros comme un œuf de poule présentant à une de ses extrémités un morceau de peau à laquelle étaient implantés des cheveux et renfermait un os semblable à l'apophyse zygomatique, l'os présentait une alvéole dans laquelle était logée une petite dent molaire comparable par la grosseur à celle d'un enfant de 5 à 6 ans. Ainsi l'on acquit la preuve qu'il ne s'agissait pas réellement d'une pilo-miction, maladie niée par beaucoup d'auteurs, mais bien d'un germe imparfaitement développé. En somme, les kystes dermoïdes de l'ovaire sont assez faciles à reconnaître, car leur ouverture s'accompagne d'un phénomène tout à fait caractéristique : la présence de poils, de graisse, de débris d'os parfois dans les urines.

Les kystes de l'ovaire, bien qu'ils suppurent très rarement, peuvent également s'ouvrir dans la vessie.

Les kystes hydatiques peuvent de même s'ouvrir dans la vessie. Colson, dans la *Revue de Médecine* de 1827, rapporte l'observation d'un homme de cinquante-huit ans qui, après avoir éprouvé des troubles de la miction et de la défécation, mourut en présentant des signes de péritonite et de pyurie marquée. La tumeur occupe le petit bassin où elle est située entre le rectum et la vessie dont elle élève le bas fond et le col, de manière à resserrer le col entre elle et la symphise. La tumeur est ouverte, il s'en échappe plusieurs hydatides. La membrane externe du kyste est formée en haut et sur les côtés par le péritoine, en bas par le tissu cellulaire pelvien. Nombreuses adhérences avec la vessie dont la muqueuse présente des traces d'inflammation.

Les hématocèles suppurées, bien que rarement, peuvent s'ouvrir dans la vessie. La raison en est facile à comprendre : « Les hématocèles sont d'ordinaire situées dans le cul de sac de Douglas et n'ont par conséquent aucun rapport avec la cavité vésicale. On n'en connaît que trois cas (Legueu, Schwartz, Magron). Le premier est celui de Martin Magron, rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1861 ; il s'agissait d'une hématocèle intrapéritonéale résultant d'une hémorragie ovarienne, puis six mois après, inflammation ulcérative de la poche et consécutivement communication avec la paroi abdominale et la vessie. La malade mourut. Le second cas est de Schwartz, il s'agit d'une hématocèle anté-utérine consécutive à une grossesse tubaire de deux mois et suppurée, il y eut perforation de la vessie qui laisse évacuer du pus, des lambeaux de tissu mortifié et des morceaux d'os du fœtus pendant plus de quatre semaines. La malade guérit sans opération. Chez une malade de Péan, une grossesse tubaire s'ouvrit dans la vessie et le péritoine et entraîna la mort.

Les abcès qui s'ouvrent dans la vessie peuvent avoir un point de départ variable, tantôt c'est l'intestin qui en est la cause, tantôt le tissu cellulaire prévésical, qu'il s'agisse du ligament large ou du tissu prévésical. Il peut également y avoir des abcès périvésicaux à point de départ vésical consécutifs par conséquent à des infections parties de la muqueuse vésicale et suivis de lésions des parois de l'organe.

Les salpingites, les ovarites, les phlegmons du ligament large, les pelvi-péritonites donnent de beaucoup la proportion la plus considérable d'ouvertures vésicales spontanées, car les collections volumineuses siégeant dans le cul de sac de Douglas peuvent, en se développant, atteindre la vessie, y adhérer et finalement se vider dans sa cavité.

Certains auteurs, Martin en particulier, croient les ovarites infectieuses évacuées par la vessie très fréquentes; d'autres, avec Delbet, estiment qu'elles sont tout à fait exceptionnelles. Pour cet auteur,

un abcès de l'ovaire ne peut s'ouvrir dans la vessie que lorsqu'il se complique de phlegmon du ligament large. Hors ce cas, dit-il, l'ouverture spontanée d'un abcès véritable de l'ovaire dans la vessie me paraît à peu près impossible et je n'en ai pas rencontré d'exemple.

Au sujet des pelvi-péritonites, tout le monde est d'accord. Elles s'ouvrent de préférence dans l'intestin. Sur dix-sept observations, M. Delbet, tandis que treize collections se sont ouvertes dans le rectum, n'en compte qu'une seule qui se soit fait jour à la fois dans le rectum et dans la vessie.

Au sujet des phlegmons du tissu cellulaire periutérin par rapport aux autres suppurations ouvertes dans la vessie, aucune contestation n'est possible. D'après une statistique de Delbet, sur quatre-vingt-quinze cas spontanément ouverts, il y aurait dix-huit ouvertures vésicales, trente vaginales, vingt-huit rectales. La proportion d'ouvertures vésicales bien qu'inférieure à celles des ouvertures vaginales et rectales n'en est donc pas moins considérable.

Il faut reconnaître, d'ailleurs, qu'il est souvent très difficile de distinguer dans ces suppurations du petit bassin, une ovarite d'un phlegmon, d'une pelvi-péritonite ou d'une périmétrite. Sur cent cas de fistules vésicales, combien y en a-t-il qui soient dues à des pyosalpingites et combien qui sont consécutives à des phlegmons, à des pelvi-péritonites. Voilà ce qu'il importerait de savoir et voilà ce que nous ne savons pas, c'est que les opinions sur ce sujet sont extrêmement variées, tandis que Goë soutient que les altérations des trompes sont des raretés, Gil-Wylie déclare que sur cinq abcès, quatre reconnaissent pour cause une lésion des trompes ou des ovaires. Certains chirurgiens, qui ont fait beaucoup de laparatomies pour des salpingites, prétendent n'avoir jamais rencontré un phlegmon. Ces incroyables divergences s'expliquent assez facilement. A côté des cas simples, où on reconnaît aisément une pyosalpingite d'un phlegmon du tissu cellulaire, il en est d'autres où la distinction devient impos-

sible. Beaucoup de chirurgiens américains se contentent de dire qu'il y a abcès pelvien et c'est le plus sage. Mais d'autres, même quand ils n'ont vu les choses qu'à travers des incertitudes d'une laparatomie, tiennent à classer les cas d'une manière plus précise et alors la question de doctrine arrive à primer la question de fait. Pour des lésions presque identiques, tel affirmera un phlegmon, tel autre une salpingite.

On voit donc qu'à part certains phlegmons du tissu cellulaire dont l'évolution est assez caractéristique, il est difficile de faire un diagnostic étiologique précis. C'est que le toucher vaginal, aidé du palper abdominal, fournit le seul moyen d'établir approximativement s'il s'agit d'un pyosalpinx ou d'un abcès du tissu cellulaire. Voici quelques indications. Si le vagin est souple, ce n'est probablement pas un phlegmon. Le cul de sac vaginal est-il tendu, on peut penser à une hématocèle, plus souvent une pelvi-péritonite. Une tumeur latérale immobile qui empâte le vagin, qui adhère à l'utérus et se confond avec le col qui adhère au pubis qui est absolument immobile et dont la surface présente des petites irrégularités, est symptomatique d'un phlegmon. Une tumeur retro-latérale haut située, séparée de l'utérus par un sillon manifeste est presque toujours due à une salpingite ou à une périsalpingite : Tels sont quelques signes qui permettent un diagnostic, mais ce diagnostic est plus ou moins relatif, car les femmes ont souvent un passé pelvien plus ou moins chargé et leur lésion qui était primitivement localisée, a déterminé des adhérences et a pu gagner les parties avoisinantes. Aussi, suivant l'expression de Terrier, le diagnostic est toujours approximatif.

Jusqu'ici nous n'avons pas parlé de la pyurie qui présente cependant certains caractères importants. Quel que soit le mode de début de la pyurie, celle-ci est d'emblée à son maximum. La malade commence à évacuer du pus presque pur en quantité variable. Dans les jours qui suivent, l'épaisseur et la purulence des urines diminuent au bout de quelques jours, l'urine conserve seulement un aspect lou-

che et trouble qui peut persister longtemps avant de faire place à une limpidité parfaite.

Outre ces caractères d'apparition brusque, d'atténuation progressive, la pyurie consécutive à l'ouverture des collections tubaires se différencie des pyuries purement vésicales ou pyélo-rénales par l'absence des symptômes qui accompagnent ordinairement ces derniers :

1° Absence de douleurs en urinant, absence de pollakiurie intense, c'est-à-dire absence de cystite proprement dite ;

2° Conservation du volume normal des urines, absence de polyurie, indice d'une lésion rénale.

Quelle est la valeur sémiologique de l'examen des urines dans le cas de perforation de la vessie par un abcès pelvien tuberculeux d'origine génitale ? En d'autres termes, l'écoulement de la collection salpingienne ou périsalpingienne dans la vessie, permet-il de reconnaître la nature tuberculeuse de cette collection ? Il ne faut pas compter sur les caractères macroscopiques du pus évacué dans la vessie pour en déceler la nature bacillaire. D'autre part, l'examen histologique est soumis à beaucoup d'incertitudes. On sait combien est malaisée la recherche des bacilles de Koch dans les urines. Non seulement ils peuvent être confondus avec d'autres bacilles acido-résistants, mais encore ils peuvent manquer sans qu'on puisse, par là, nier la nature tuberculeuse de la collection pelvienne : beaucoup de salpingites tuberculeuses sont amicrobiennes au moins à une certaine période de leur évolution. Reste l'inoculation des urines au cobaye, qui, dans notre cas, donna un résultat nettement positif. Cette méthode est certainement la plus sûre, mais elle ne donne qu'une réponse bien tardive. En outre, si l'inoculation positive est une certitude de tuberculose, une inoculation négative n'est pas forcément la certitude du contraire. On voit, en conséquence, que l'évacuation spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux ne donne qu'une réponse relative sur la nature de ces suppurations.

Dans les cas où la pyurie se complique de la présence de matières fécales et de gaz dans la vessie, on peut affirmer qu'il existe en plus de la communication vésicale, un orifice intestinal, orifice qu'on pourra souvent constater par le toucher rectal et la rectoscopie.

Il y a une chose également qu'il ne faut jamais oublier d'omettre, c'est la cystoscopie, qui permet, comme dans notre cas, de se rendre compte de visu de la maladie. Aussi, suivant le conseil du Professeur Guyon, chez toute femme atteinte de cystite, il faut toujours faire un examen complet de l'appareil génital. A la cystoscopie, on peut voir le pus sourdre par l'orifice vésical. A Cathelin, il fut facile de voir dans la zone gauche de la vessie un orifice large comme une pièce de un franc, à fond noirâtre et à bords irréguliers, d'où s'échappaient, par moments, quelques bouffées de pus. Il est souvent utile et c'est ce que nous avons fait lorsqu'on cytoscope de faire le toucher vaginal de façon à essayer de vider la collection, on voit alors le pus sourdre à travers la perforation. Casanello put, grâce à la cystoscopie, découvrir une fistule vésico-ovarienne au milieu de symptômes assez confus. Quelquefois la cystoscopie bien que ne permettant pas de découvrir l'orifice (et ceci se présente lorsque la collection est presque vidée) donne, cependant, un diagnostic de probabilité sur la région où se fait la communication, c'est ainsi que le Professeur Legueu trouva à la face postérieure de la vessie une muqueuse rouge avec quelques végétations, semblant limiter un orifice cratériforme. Mais aucune éjaculation de pus à ce niveau. En somme, chaque fois qu'on le peut, il faudra faire la cystoscopie qui, quelquefois, permettra d'indiquer la région de la perforation et, souvent, la montrera très nettement.

En résumé, pour établir le diagnostic, il faudra s'enquérir des signes physiques et fonctionnels de l'évolution de la maladie, de l'étude des commémoratifs, faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, voire même quelquefois le toucher rectal et la rectoscopie — examiner les urines surtout au point de vue des carac-

tères de la pyurie (bacille de Koch, inoculation au cobaye) et surtout ne pas omettre la cystoscopie qui donne parfois les renseignements les plus précis sur la maladie. Si, malgré toutes ces recherches, on n'arrive pas à un diagnostic complet (surtout au point de vue de la cause et de la nature de la collection pelvienne), on peut faire un diagnostic topographique, suivant le mot de Delbet, diagnostic suffisant pour poser les bases du pronostic et du traitement.

# PRONOSTIC

De quelle façon se comportent les collections annexielles ouvertes dans la vessie. Il y a lieu de distinguer, avec Bazy, les abcès à marche rapide et les abcès à évolution lente.

Si les abcès pelviens, phlegmon périvésical, tumeur paravésicale (cas rapportés par Bazy) ont une évolution rapide ayant pour point de départ une lésion dont l'évolution est rapide elle-même et n'est pas susceptible de récidive, de retour après une période d'accalmie ou de répit et, qu'une fois l'opération faite, les malades guérissent, il n'en est pas de même des abcès qui sont les résultats d'une poussée aiguë greffée sur une lésion chronique. Celle-ci, dans ces cas une fois l'orifice vésical créé, entretiendra cet orifice et il ne faudra pas compter sur une évolution spontanée vers la guérison.

Evidemment, comme tous les trajets fistuleux, la perforation tubo-vésicale peut s'oblitérer au bout d'un certain temps, mais cette guérison spontanée est rare. Sauf quelques exceptions, les fistules tubo-vésicales abandonnées à elles-mêmes conduisent plus ou moins vite, mais fatalement à la mort. Si, en étudiant les commémoratifs, l'évolution de la maladie, si on cherche à classer tous ces faits dans une des deux catégories : marche rapide, véritables phlegmons pelviens, formes sceptiques, le plus souvent d'origine puerpérale, les autres, à évolution lente, pyosalpinx surtout, voici ce que Gras trouve : pour la première catégorie d'abcès, sur onze cas non traités, tous catalogués abcès pelviens ou phlegmons du ligament large, il y a sept guérisons et quatre morts, c'est-à-dire une léthalité de 33.33 % contre une proportion de 63.66 de guérisons. Pour la seconde catégorie, sur sept cas catalogués abcès pelviens ou pyosalpinx, une amélioration,

deux résultats inconnus et quatre morts, dont une de tuberculose généralisée (à l'autopsie on trouva des lésions tuberculeuses de la trompe). Si on consulte la statistique de Delbet qui a rapport à vingt-quatre abcès pelviens non traités après leur ouverture spontanée, on trouve cinq résultats inconnus; si on les retranche, il reste dix-neuf faits avec guérison, deux états stationnaires et neuf morts. Encore faut-il ajouter que deux autres cas qui n'ont pas non plus été traités, mais qui se sont ouverts secondairement ailleurs se sont également terminés par la mort. En réalité donc, abstraction faite des deux cas signalés comme stationnaires bien qu'ils aient dû finir vraisemblablement par être la cause de la mort, il y a eu onze décès sur dix-neuf cas, soit une mortalité de 58 %. Perrimond croit cette statistique au-dessous de la vérité. D'abord, dit-il, faut-il ajouter beaucoup de foi aux cas de guérison qui sont cités. Beaucoup de ces malades, en effet, n'ont pas été suivies pendant assez longtemps, elles allaient bien en sortant de l'hôpital, mais en était-il de même plus tard. Chez les malades suivies à longue distance, après une période plus ou moins longue, durant des mois, parfois des années (cas de Müller), de guérison apparente (disparition du pus dans les urines, absence de douleurs), on voit les accidents éclater de nouveau. La malade recommence à souffrir dans son petit bassin. Un toucher pratiqué à ce moment permet de constater le retour d'une tuméfaction annexielle. Les crises douloureuses se répètent, augmentent d'acuité jusqu'au jour où la fistule tubo-vésicale se rouvrant, le pus fait irruption dans la vessie. La crise douloureuse cesse alors, la période de pyurie commence à laquelle au bout de quelques semaines ou mois succède une période de calme et de pseudo-guérison et ainsi de suite. Bientôt le cycle recommence jusqu'au jour où la malade, à bout de patience, se décide à une intervention.

Il convient de dire cependant que les malades atteintes de fistules tubo-vésicales ne présentent pas toujours cette marche lente et bénigne en apparence. Parfois, les phénomènes généraux sont intenses au

moment des accès, l'état général s'altère peu à peu, la malade reste affaiblie en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise. D'autre part, l'arbre urinaire peut s'infecter et des symptômes de pyélonéphrite apparaître. La malade, épuisée par la fièvre, la suppuration, les douleurs prolongées, refuse toute alimentation, l'amaigrissement, la perte des forces font des progrès de plus en plus marqués et l'hecticité et la cachexie finissent par amener la mort.

Dans le cas d'annexite tuberculeuse ouverte dans la vessie, comme c'est notre cas, quel est le pronostic ? La fistule aura tendance à persister tant que durera la lésion annexielle, exposant la malade à une tuberculisation secondaire des voies urinaires. Si, pour la plupart des collections pelviennes, l'ouverture spontanée dans la vessie constitue, comme le disait Terrillon, un mode de guérison, et, en tout cas, commande une expectative au moins temporaire, nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi dans les cas de tuberculose génitale. La perforation vésicale n'est plus ici un mode d'évacuation au dehors d'un abcès pelvien; elle est, au contraire, le résultat d'une invasion progressive de l'affection tuberculeuse. Elle est, par conséquent, à moins de contre-indications formelles, tenant surtout au mauvais état général de la malade, une indication de plus à l'intervention.

En résumé, on peut dire, que différant de beaucoup des abcès ouverts dans le rectum qui guérissent assez souvent sans intervention, les pyosalpinx et, en particulier, les pyosalpinx tuberculeux spontanément ouverts dans la vessie sont loin d'être des abcès en voie de guérison, c'est plutôt une complication, ce sont, suivant le mot de Delbet « des abcès aggravés » et le moyen de guérison est l'intervention.

# TRAITEMENT

Si, dans les cas d'abcès à évolution rapide, ayant pour point de départ une lésion dont l'évolution est rapide elle-même, la guérison spontanée survient sans que le chirurgien intervienne autrement qu'en poussant dans la vessie quelques injections d'eau boriquée; on peut, avec Bazy, se tenir dans une expectative armée et être prêt à intervenir si l'amélioration n'est pas sensible et si des symptômes apparaissent qui indiquent que la collection tend à se reformer. Dans ces cas, suivant le mot de Terrillon, il ne faut pas se hâter trop; on sait, en effet, que ces ouvertures spontanées constituent un mode de guérison.

Par contre, dans le cas de suppuration chronique et, en particulier, comme dans notre cas de salpingite bacillaire, dans tous ces cas où les symptômes remontent à des mois, à des années, la guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle, car, suivant l'opinion de Von Warker « l'évacuation du pus par la vessie n'est pas une véritable ouverture, il reste une cavité purulente qui ne peut s'évacuer d'elle-même et, tôt ou tard, il devient nécessaire d'inciser et de vider complètement la poche pour que la guérison puisse se produire. » Il faut donc opérer même s'il y a des accalmies, car l'on a vu que ces accalmies ne sont que passagères et que la maladie continue même après des mois de pseudo-guérison.

Il y a intérêt également, vu l'état de la malade, à intervenir le plus tôt possible, car cette suppuration n'est pas sans fatiguer la malade et atteindre son état général qui ne fera que devenir moins résistant. Si on attend également, les adhérences seront plus nombreuses et plus serrées augmentant les difficultés de l'opération si

on temporise trop, certaines complications, telles que l'urétro-pyélonéphrite auront le temps de survenir. Aussi attendre serait réduire volontairement les chances de succès.

Ce principe admis qu'il ne faut pas tarder à intervenir, quelle ligne de conduite faut-il suivre ? Quelle voie faut-il choisir ? Voie vésicale, voie vaginale, voie abdominale. Toutes ces voies ont été suivies suivant les progrès de la chirurgie. L'opération doit poursuivre un double but : tarir la suppuration, oblitérer la fistule.

### *Opérations par la voie vésicale*

Un certain nombre de chirurgiens, avec Schrœder, ont proposé d'aborder la fistule par les voies naturelles, la dilatation de l'urèthre permettrait d'aller curetter et nettoyer l'intérieur de la cavité purulente que l'on pourrait drainer par la suite. A cette méthode, on peut opposer de graves reproches : on sait, en effet, que la dilatation de l'urèthre expose à l'incontinence d'urine, de plus combien il est dangereux d'aller curetter une poche dont les parois sont amincies, en certains endroits, on risque donc de perforer le pyosalpinx et d'infecter le péritoine ou de créer une fistule communiquant avec un segment d'intestin adhérent. Enfin, il est malaisé d'aller opérer à pareille profondeur, on peut laisser subsister des poches purulentes dont on craindrait de perforer les cloisons. Bref, l'opération risque d'être incomplète.

La taille vaginale peut être utilisée pour aborder la fistule, mais ici on s'expose à un drainage prolongé, souvent incomplet et incommode, nécessitant souvent une seconde intervention pour oblitérer la fistule qui persiste à sa suite.

Schrœder préfère la taille hypogastrique et, dans un cas d'abcès pelvien ouvert dans la vessie, il a pu drainer l'abcès et fermer la fistule tubo-vésicale. Mais c'est une opération dont la difficulté et la gravité ne sont pas compensées par des avantages bien réels sur les autres modes de traitement. Aussi, Delbet recommande-t-il la taille

hypogastrique seulement dans les cas où les phénomènes de cystite sont très intenses, cette opération permet de « soigner la cystite en même temps que l'abcès ». Il faut ajouter qu'on peut très bien soigner la cystite autrement que par la taille hypogastrique lorsqu'on a traité de pyosalpinx par une autre méthode.

### *Opérations par la voie vaginale*

La colpotomie et le drainage vaginal des collections pelviennes sont, dans certains cas, l'opération de choix. La gravité de cette opération est nulle, c'est, par excellence, une opération conservatrice : elle n'entraîne pas à sa suite les troubles généraux dus à l'ablation des ovaires, elle laisse encore quelques espérances de fécondité. Elle présente au pus un écoulement déclive, n'expose pas aux fistules. On connaît assez la tendance de ces incisions vaginales à se reformer trop tôt. Arvard Kelly recommande de l'essayer de prime abord dans les cas anciens où il existe un trajet fistuleux s'ouvrant dans le rectum ou la vessie. Malheureusement, dans beaucoup de cas, la poche purulente est située hors d'atteinte par la voie vaginale et d'autres opérations deviennent nécessaires. Péan; qui, en 1890, avait déjà proposé l'hysterectomie vaginale comme traitement des suppurations pelviennes, la recommande encore lorsqu'il y a des fistules ouvertes dans les organes voisins. « La castration vaginale est la plus rationnelle, lorsque la suppuration est compliquée de fistules rectales, vésicales et hypogastriques ». Elle permet, en effet, de drainer très bien les suppurations péri-annexielles, elle a l'avantage de ne pas créer de plaie abdominale et, par conséquent, de tendance ultérieure à l'éventration, elle ne nécessite pas une convalescence très longue. Segond dit : « L'indication de l'hysterectomie par morcellement se pose avec plus de netteté encore, si c'est possible, lorsqu'il s'agit d'un abcès pelvien tuberculeux ». Bouilly déclare que « si les poches sont grandes, si le pus est fétide, s'il existe des fistules de l'intestin ou de la vessie, l'hysterectomie est d'emblée toute l'opération ».

Enfin, Pichevin recommande aussi l'emploi de l'hysterectomie vaginale « elle est applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin, soit avec l'ombilic, soit avec la vessie ou encore avec le vagin ».

### *Opérations par la voie abdominale*

L'hysterectomie vaginale, recommandée autrefois par Péan dans les suppurations pelviennes compliquées de fistules vésicales et hypogastriques est abandonnée aujourd'hui pour les suppurations ordinaires, à plus forte raison pour les suppurations tuberculeuses. Elle constitue un procédé aveugle, incomplet et dangereux. De même, la laparotomie simple avec drainage abdominal est totalement insuffisante. La seule indication, à l'heure actuelle, est l'hysterectomie abdominale totale avec drainage vaginal et avec fermeture complète de la paroi. Elle supprime radicalement le foyer purulent et permet de traiter la fistule. La toilette du péritoine, le drainage de la loge du pyosalpinx, soit par l'abdomen, soit mieux par le cul de sac postérieur, permet d'éviter les phénomènes infectieux.

De plus, l'ablation du pyosalpinx permet de conserver l'utérus et les annexes de l'autre côté s'ils sont intacts (ce qui est rare), c'est donc une opération conservatrice en même temps que radicale.

La conduite à tenir vis-à-vis de la communication elle-même doit être la suivante : Il faut en faire abstraction, en quelque sorte, au point de vue opératoire et pratiquer l'ablation des annexes comme si elle n'existait pas. Ce n'est qu'après la castration que l'on cherchera à se rendre compte de la perforation vésicale en injectant dans la vessie un liquide antiseptique. Alors de deux choses l'une, ou l'on trouvera une perforation vésicale nette, ou bien celle-ci ne pourra être constatée. Cette deuxième éventualité, qui paraît surprenante au premier abord, s'explique aisément par les raisons que nous avons indiquées. Si l'on opère, en effet, dans une période de calme ou de pyurie décroissante, le trajet fistuleux s'est oblitéré plus ou moins

complètement et la section du trajet au cours de la séparation des annexes malades d'avec la face postérieure de la vessie se réduit à celle d'un cordon fibreux qui passe inaperçu. Dans ce cas, nul n'est besoin de s'inquiéter davantage de la fistule tubo-vésicale. Le mieux est de la négliger en ayant soin de la laisser, autant que possible, au-dessous de la péritonéisation et de l'exclure en quelque sorte.

S'agit-il, au contraire, d'une véritable perte de substance, d'un envahissement tuberculeux net de la vessie, l'on doit exciser largement la région suspecte et suturer ensuite les deux lèvres de la plaie. (Cas de Reverdin, Pincus, Baumgartner, Violet et Chalier.)

En résumé, le traitement des pyosalpinx ouverts dans la vessie peut se résumer de la façon suivante :

1° L'ouverture d'un pyosalpinx de la vessie avec pyurie consécutive sans tendance à la guérison spontanée est une indication d'intervenir;

2° L'intervention se fera par la voie abdominale et consiste dans la majorité des cas dans une castration totale.

Il est évident qu'une pareille intervention présente toujours une certaine gravité. Outre les dangers d'une infection péritonéale, il faut se rappeler que l'ablation d'annexes malades encastrées dans le petit bassin, fusionnées avec les parois pelviennes et les organes pelviens (vessie et intestins) par des adhérences solides, expose à la dilacération et à l'ouverture des plexus veineux et à leur infection consécutive, ce qui est souvent une cause de mort.

Mais en dépit des résultats malheureux, l'intervention chirurgicale reste le seul moyen de débarrasser la malade d'une affection qui fait d'elle une véritable infirme et qui ne présente que peu de chances de guérison spontanée.

# OBSERVATION PERSONNELLE

**M^me^ ....., institutrice (24 ans)**

*Antécédents héréditaires.*— Père vivant, cinquante ans, jamais malade. Mère vivante, cinquante ans, assez bien portante. A eu une phlébite un mois après son dernier accouchement.

La malade, qui est l'aînée de la famille, a trois frères et une sœur. Un frère de vingt-deux ans, très bien portant ; un autre de dix-huit ans, sujet à l'entérite ; le troisième a sept ans, n'est pas très vigoureux, tous les hivers il tousse et en janvier 1920, vient d'avoir une grippe dont il est actuellement convalescent. La sœur a quinze ans et est bien portante.

*Antécédents personnels.*— La malade pesait sept livres à sa naissance. Elle a été élevée au biberon et a marché à vingt mois. A deux ans elle a eu une rougeole, compliquée de broncho-pneumonie. A neuf ans, a été opérée pour végétations adénoïdes. Réglée à onze ans très régulièrement, durée des règles huit jours avec colique et douleurs dans le bas ventre. A l'âge de quinze ans, les règles sont devenues plus douloureuses et la malade était obligée de s'aliter.— Depuis l'âge de quinze ans, la malade est anémiée, toujours pâle, a une céphalée frontale très fréquente. Cette céphalée commence vers trois heures de l'après-midi, augmente dans la soirée et disparaît le matin au réveil. A dix-huit ans, anémie cérébrale par excès de fatigue générale ? La malade devient neurasthénique, prétend qu'elle va mourir d'un jour à l'autre. Sur les conseils de son médecin, la malade quitte l'École normale.

Depuis l'âge de quinze ans, la malade a des pertes blanches abondantes qui deviennent plus importantes à dix-huit ans.

A dix-sept ans, la malade souffre de l'estomac aussitôt après le repas. Après un mois de régime, ces douleurs disparaissent.

A l'âge de vingt-et-un ans, elle se marie (1917). Un mois après son mariage, elle souffre du ventre du côté gauche et elle perd en blanc. Ces pertes sont surtout marquées huit jours avant et huit jours après ses

règles. Ces pertes ne tachent pas sa chemise en vert. Le 24 décembre 1918, la malade attrape froid, éprouve un frisson et est obligée de s'aliter. Le médecin qui la soigne, retire le 4 janvier, un litre et demi de liquide citrin Pas d'autre ponction. La malade se lève fin janvier, ne tousse pas. Cette pleurésie a fait maigrir la malade. Elle, qui lors de son mariage en 1917, pesait quarante-quatre kilos, elle mesure 1 mètre 54, ne pèse plus en avril 1918 que trente-sept kilos. Après un séjour de trois mois à Royan, elle reprend des forces et en août 1918 pèse quarante kilos. Elle se repose six mois avant de recommencer sa classe. Le 19 février 1919, elle prend froid, se met à tousser une toux sèche sans expectoration. Sur l'avis de son médecin, elle reste au lit pendant quinze jours et on lui met des cataplasmes sur les deux côtés ; ensuite, pendant plusieurs mois, son médecin lui fait des piqûres de cacodylate de soude.

Le 22 août 1919, après une promenade de six kilomètres, elle souffre en rentrant chez elle, elle souffre atrocement du ventre. La nuit elle va six fois à la selle en diarrhée et a huit vomissements. Pendant trois jours elle reste couchée ou allongée sur sa chaise longue, le médecin lui ordonne des compresses chaudes sur le ventre. Jusqu'à fin septembre, elle éprouve dans le bas ventre, mais surtout à gauche, des douleurs continuelles avec paroxysmes matin et soir, paroxysme d'une durée d'une heure environ, les compresses chaudes et les injections la calment. Elle urine normalement et sans souffrance.

A la fin d'octobre 1919, le 30, au moment de ses règles, elle éprouve dans le bas ventre des douleurs atroces qui la faisaient hurler, jamais elle n'en avait ressenti, et elle s'aperçoit que ses urines qui jusque là étaient très claires, sont troubles, comme « s'il y avait du pus ». Elle souffre pour uriner au moment de la miction qui se fait par jets, dit-elle. Elle a sept ou huit mictions par jour, elle qui auparavant n'urinait que trois fois par jour. Ses urines restent très troubles pendant quatre ou cinq jours, puis elles s'éclaircissent peu à peu.

Le 24 décembre 1919, elle éprouve dans le bas ventre, du côté droit cette fois, une violente douleur qui dure quatre heures et est calmée par une piqûre de morphine. Le 2 janvier elle recommence à souffrir du côté droit d'une façon très violente et ses urines redeviennent très troubles, plus troubles qu'elles n'ont jamais été. Elle urine très souvent toutes les demi-heures, surtout après les repas, pendant quatre heures environ. Les mictions sont plus nombreuses la nuit que le jour, au début de la nuit, elles ont lieu toutes les heures, puis s'espacent.

Elle souffre toujours pour uriner, mais cette douleur qu'elle compare à une brûlure, existe avant et pendant la miction.

Examen le 10 janvier.

La malade entre parce qu'elle souffre dans le ventre et qu'elle urine du pus.

On est frappé de l'état de maigreur considérable. Mesurant 1 mètre 54, elle pèse 36 kilos.

*Appareil pulmonaire.* — Pendant qu'on examine la malade, elle a quelques quintes de toux sans expectoration.

A l'inspection du thorax, atrophie musculaire considérable dans les régions sus et sous-claviculaires et dans les fosses sus et sous-épineuses. Cette atrophie est plus marquée du côté gauche. A la palpation, les vibrations sont exagérées des deux côtés, mais plus marquées à gauche. A la percussion, matité des deux côtés, mais plus marquée à gauche dans la fosse sus-épineuse. A l'auscultation en avant et en arrière au sommet, inspiration diminuée, rude, irrégulière, par saccades, avec une expiration très nettement prolongée. Râles humides aux deux temps de la respiration Phénomènes surtout marqués dans la fosse sus-épineuse. Presque rien aux bases. A gauche, mêmes signes plus nets, avec dans la fosse sus-épineuse sur une zone d'une grandeur d'une pièce de cinq francs, des gargouillements très nets avec pectoriloquie aphone. Donc bacillose pulmonaire à un stade plus avancé du côté gauche que du côté droit.

Rien du côté de l'appareil circulatoire digestif et nerveux. Aucune douleur du côté des reins également. A l'examen, la paroi abdominale est amaigrie, tendue, parcourue dans sa partie inférieure de quelques veinosités bien développées. Le palper des deux fosses iliaques est douloureux, même le palper superficiel, la douleur est plus vive du côté gauche. Au toucher vaginal, le col est légèrement en avant, vu au spéculum, il est normal comme aspect. Les culs de sac latéraux et le cul de sac postérieur sont pleins, douloureux à la pression. En combinant le toucher et le palper abdominal, on ne délimite pas l'utérus, mais on sent une masse très nette dans tout le bas ventre ; cette masse qui est douloureuse, paraît plus volumineuse à gauche qu'à droite. A gauche, elle remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, et paraît de la grosseur du poing. On sonde alors la malade dont on avait pris soin de vider la vessie avant l'examen et on retire une urine très purulente, au début il vient du pus presque pur. Dans la journée on fait recueillir les urines

qui s'éclaircissent un peu dans la soirée. Plusieurs jours de suite, par le toucher vaginal et le palper abdominal on malaxe la poche et à chaque fois, de la sonde vésicale, s'échappe un flot de pus. On pratique alors l'examen des urines de vingt-quatre heures. — Volume : 900 grammes. Pus : 50 grammes Chlorures : 8 gr. 25. Urée : 10 gr. 50. Phosphates : 0 gr. 92. Ni sucre, ni indican. Albumine : traces légères.

A deux reprises on fait rechercher sans succès le bacille de Koch dans les urines. On fait faire une inoculation au cobaye, le résultat nettement positif est arrivé après la mort de la malade. A l'examen cystoscopique, on trouve une vessie petite, 150 grammes. — Au-dessous de l'uretère gauche on aperçoit un petit pertuis grisâtre, d'où on voit sourdre très nettement le pus lorsqu'un aide presse sur la poche par le toucher vaginal.

Le diagnostic est donc net : salpingite ouverte dans la vessie.

*Intervention par le docteur Brin, le 20 janvier.* — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après incision du péritoine, l'épiploon et l'intestin sont adhérents en plusieurs endroits, on arrive à libérer ces adhérences. On recline l'intestin et, dans le petit bassin, on aperçoit l'utérus et les annexes qui ne forment qu'une masse unique tellement ils sont soudés. La trompe droite dilatée est adhérente au cæcum que l'on libère. A gauche, la trompe nettement fluctuante est du volume du poing, on ponctionne avec le Potain et on retire 50 grammes environ de pus crémeux, bien lié. On pince cette poche que l'on extrait en faisant une ouverture à l'intestin, que l'on suture. La face intérieure de l'utérus est dégagée, mais cet organe est toujours immobile malgré la traction des pinces ; on pratique la castration totale par hémisection de l'utérus, ce qui permet son ascension et le dégagement des annexes, chacune avec sa moitié utérine correspondante. — On injecte dans la vessie de l'eau boriquée pour retrouver l'orifice de communication, mais malgré la meilleure attention on n'arrive pas à le découvrir. On draine alors par le cul de sac vaginal et on referme le ventre

*Examen de la pièce.* — La trompe droite est de la grosseur d'un gros œuf de poule, on l'incise et il en sort du pus. La trompe gauche est plus volumineuse, elle est de la grosseur du poing. Elle est dilatée surtout dans sa partie externe où elle est intimement fusionnée avec le ligament large. Elle est bosselée, irrégulière, à la coupe on la trouve pleine d'un pus crémeux et épais, avec par endroits, des abcès qui sont de véritables

follicules tuberculeux du volume d'une noisette avec du caséum au centre. A un endroit on trouve un petit orifice de la grosseur d'une forte tête d'épingle, ce devait être là la communication vésicale.

La cavité utérine présente une muqueuse blanchâtre, sans lésions apparentes.

*Suites opératoires.* — L'opération a beaucoup fatigué la malade, trois heures après l'intervention, son pouls devient filiforme, sa figure se décolore, ses traits se tirent. Malgré tous les soins, elle meurt le 21 janvier à sept heures du matin.

A notre grand regret, nous n'avons pu faire l'autopsie.

*Examen histologique* fait par le docteur Papin. — Coloration par l'hématéine éosine. — La pièce prise à la partie externe de la trompe gauche au niveau de l'abcès, présente un grand nombre de tubercules à centre caséifié vivement coloré par l'éosine. A la périphérie, nombreuses cellules géantes, et cellules à noyaux bien colorés avec fibres conjonctives de néoformation. A côté des gros tubercules, on aperçoit un nombre considérable de granulations centrées par des cellules géantes.

Tout l'espace compris entre les tubercules et les granulations est comblé par du tissu conjonctif jeune renfermant des cellules rondes, allongées, et des fibruittes. Les vaisseaux paraissent avoir une paroi épaissie pour la plupart. Le fragment examiné ne présente aucun élément caractéristique de la paroi interne de la trompe.

# CONCLUSIONS

Le pyosalpinx ouvert spontanément dans la vessie est une affection relativement rare.

Ce pyosalpinx, qui est souvent d'origine tuberculeuse, n'a aucune tendance à la guérison spontanée, c'est plutôt « un abcès aggravé » qui se termine presque toujours par la mort si l'on n'intervient pas.

La laparotomie avec drainage vaginal, si on le juge utile, qui permet d'enlever convenablement la poche purulente, de fermer l'orifice vésical faisant communiquer le pyosalpinx avec la vessie, peut seule, malgré souvent de sérieuses difficultés opératoires, procurer la guérison à ces malades.

Vu :
*Le Doyen,*
ROGER.

Vu :
*Le Président de Thèse,*
Professeur LEGUEU.

# BIBLIOGRAPHIE


Appuhn. — *Thèse de Nancy 1902.* — Des fistules appendiculo-vésicales.

Bazy. — 1900. *Revue Gynécologie et Chirurgie abdominale,* p. 1509. — Abcès pelviens ouverts dans la vessie.

Bernutz. — 1888, *Conf. Cliniq.*, p. 561, Obs. XV.

Beutter. — 1905, *Archives générales de Médecine*, p. 590. — Abcès pelvien ouvert dans la vessie.

Baungartner. — Berlin, *Klin Woch*, 1896, p. 870.

Bouilly. — *Semaine Gynécologique*, 1896, p. 263.

Barnes. — *St Georges Hosp. rep.*, vol. VIII, p. 74.

Cathelin. — *Journal des Praticiens*, 12 novembre 1904.

Cuturi. — *Annales des Maladies des Org. génito-urinaires*, Sept. 1910, p. 1537.

Chevalier. — *Thèse Paris*, 1901. — De l'appendicite pelvienne.

Chavannaz. — *Annales mal. organes génito-urinaires*, 1897-1898.

Cotar. — *Thèse Paris*, 1901. — Des appendicites larvées.

Chapon. — *Thèse Paris*, 1901. — 62 cas d'appendicite opérée.

Cassanello. — *Harnblasen Zeit, f. Gynoëk. Urologie*, 1909, p. 196.

Colson. — *Revue de Médecine*, 1827.

Paul Delbet. — *Traité des suppurations pelviennes chez la femme.*

Duncan. — *Obst. Soc. of. London*, 4 mai 1887.

Delpech. — *Revue Médicale*, 1827.

Dagron. — *Société Anatomique*, 1888, p. 26.

Daniel Masson. — *Thèse Paris*, 1898. — Complications vésicales de l'appendicite.

Doleris. *Annales Gynécologie*, 1890. — *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1891.

Fauverghe. — *Thèse Lille*, 1902. — Pyosalpinx ouverts dans la vessie.

Forgue et Massabuau. — *Traité de Gynécologie.*

Funke. — *Beitz. Z. Geburtoh. u. gynek*, 1899, p. 260.

J.-L. Faure. — *Leçon d'ouverture*, 18 novembre 1919. Presse médicale.

Fleetwood Churchill. — *Traité pratique des Maladies des Femmes.*

Gras. — *Thèse Paris*, 1905. — Collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme.

Guyon. — *Lecons de Clinique sur les Maladies des voies urinaires.*

Howard Kelly. — *Congrès de Gynécologie de Genève*, 1896.

Hermann. — *Trans., obs. soc. of. London*, 1899.
Kœnig. — *Arch. für Heilkunde*, 1862, p. 550.
Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité de Gynécologie.*
Legueu. — *Traité d'Urologie*, p. 464.
Müller et Petitjean, 1910. — *Gazette des Hôpitaux.* — Pyosalpinx ouvert dans la vessie durant depuis 10 ans.
Martin. — *Traité Clinique des Maladies des Femmes*, p. 543.
Martin-Magron et Soulié. — *Gazette Hôpitaux*, 1861, p. 53.
Malinowski, 1902. — *Soc. de Gyn. et d'Obs. de Kiew.*
Pozzi. — *Traité de Gynécologie.* — *Annales de Gynécologie*, 1898, II.
Pichevin. — *Semaine Gynécologique*, 1896, p. 272.
Pean. — *Annales de gynécologie*, 1890, t. II, p. 198. — *Congrès de Genève*, 1896.
Pollosson. — *Thèse de Perrimond.*
Pascal. — *Thèse Paris*, 1900. — Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme.
Perrimond. — *Thèse Lyon*, 1897. — Abcès pelviens ouverts spontanément dans la vessie.
Pauthel. — *Berlin Klin. Wachen.* — 1874, nº 38, p. 475.
Pincus. — *Deutsche Zeit für Chirur.* Bd XIX, p. 1.
Poirier. — *Traité d'anatomie humaine.*
Person. — *Thèse Paris*, 1905. — Fistules appendiculo-vésicales.
Reverdin. — *Société Chirurgie* 1888, p. 1016.
Routier-Brun, Tuffier, 1895. — *Discussion de la Société de Chirurgie.*
Schwartz. — *Pent. für Gynek* 1895, nº 86, p. 985.
Schuller. — *Deustche Zeitschrift Chirurgie* 1880, IX.
Schrœder. — *Berliner Klin. Wocheusch*, 1882, p. 174.
Saxtorph. — *Congrès médical intern. Paris*, 1901, Chirurgie urinaire.
Segond. — *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*, vol. VIII, p. 100.
Terrillon. — *Leçons de Clinique Chirurgicale. Salpingites et ovarites.*
Terrier. — *Société de Chirurgie*, 18 mars 1891.
Testut. — *Traité d'anatomie humaine.*
Testut et Jacob. — *Traité d'anatomie topographique.*
Violet et Chalier, 1909. — *Revue chirurg. abdom. et gynécologie.* Pyosalpinx tuberculeux ouverts dans la vessie, p. 41.
Von Warker. — *Ann. j. of. obst.* 1881, p. 957.
Wladoff. — *Thèse Lyon*, 1898. — Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie.